THESE

DE

FRANCISCO LINO SOARES DE ANDRADE.

THESE

QUE SUSTENTA

EM NOVEMBRO DE 1870

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

PELA

FACULDADE DA BAHIA

Francisco Lino Soares de Andrade

PRIMEIRO CIRURGIÃO HONORARIO DO CORPO DE SAUDE DO EXERCITO

FILHO LEGITIMO

DE

Francisco Lino Soares de Andrade e Silva e de D. Maria Joanna Brasil de Andrade

NATURAL DA PROVINCIA DA BAHIA.

BAHIA

TYPOGRAPHIA DE J. G. TOURINHO

1870.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. João Baptista dos Anjos.

VICE-DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.° ANNO.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães	Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva	Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Anatomia descriptiva.
	2.° ANNO.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.° ANNO.
Cons. Elias José Pedroza	Anatomia geral e pathologica.
José de Góes Sequeira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
	4.° ANNO.
Cons. Manoel Ladislão Aranha Dantas	Pathologia externa.
. . . .	Pathologia interna.
Conselheiro Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.° ANNO.
. . . .	Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas	Anatomia topographica, Medicina operatoria, e apparelhos.
. . . .	Materia medica, e therapeutica.
	6.° ANNO.
. . . .	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e Historia da Medicina.
. . . .	Clinica externa do 3.° e 4.° anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.° e 6.° anno.

OPPOSITORES.

Rozendo Aprigio Pereira Guimarães. Ignacio José da Cunha. Pedro Ribeiro de Araujo. José Ignacio de Barros Pimentel. Virgilio Clymaco Damazio	Secção Accessoria.
José Affonso Paraizo de Moura. Augusto Gonçalves Martins. Domingos Carlos da Silva.	Secção Cirurgica.
Demetrio Cyriaco Tourinho. Luiz Alvares dos Santos	Secção Medica.

SECRETARIO.

O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

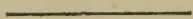
A MEO PAE — A MINHA MÃE

A MEU PADRINHO

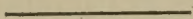
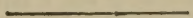
O ILLUSTRISSIMO SENHOR COMMENDADOR

Dr. Abilio Cesac Borges.

E A SUA EXCELLENTISSIMA FAMILIA.

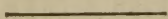
Gratidão, respeito e amisade.

A MEU MANO E A SUA EXCELLENTISSIMA FAMILIA.

A MINHAS MANAS.

A MEUS TIOS E A SUAS EXCELLENTISSIMAS FAMILIAS.

A MINHAS TIAS.

A MEUS PRIMOS — A MINHAS PRIMAS.

A MEU PRIMO

O DR. RAMIRO AFFONSO MONTEIRO

E A SUA EXCELLENTISSIMA FAMILIA.

A EXCELLENTISSIMA FAMIMIA

DO MEU FINADO AMIGO

DR. JUSTINO JOSÉ ALVES JACUTINGA

Respeito.

A. I.

A MEUS AMIGOS

Dr. Constantino Teixeira Machado.
Dr. Antonio de Souza Dantas.
Dr. Fortunato Augusto da Silva.
Dr. Joaquim Bernardino Bahia Gualter.
Pharmaceutico João Jacintho Sampaio.

Amisade.

A SAUDOSA MEMORIA

DO

MEU BOM E SEMPRE CHORADO AMIGO

O DOUTOR

JUSTINO JOSÉ ALVES JACUTINGA.

Uma lagrima!

AO REVERENDISSIMO SENHOR PADRE MESTRE TURIBIO T. FIUSA.

A MEUS COLLEGAS E ESPECIALMENTE

Dr. Satyro de Oliveira Dias.
Dr. Virgilio Pires de Carvalho Albuquerque.
Dr. José Mariano Barrôso.
Dr. José Theodosio de Souza Dantas.
Dr. Archimimo José Corrêa.
Dr. Geraldo Francisco da Cunha.
Pharmaceutico Augusto Alves de Abreu.

A MEOS ANTIGOS COMPANHEIROS DE ANNO.

Saudade.

A TODOS OS DE MAIS PARENTES.

A todos os amigos.

AOS COLLEGAS DO RIO DE JANEIRO E COMPANHEIROS DE CAMPANHA.

Gratas recordações.

A ILLUSLRADA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

Respeito.

AO GYMNASIO BAHIANO.

Eterna gratidão.

DISSERTAÇÃO.

Fractura do tibia e seo tratamento.

I.

FRACTURA (palavra derivada de *fractum*—de *frango*) é na expressão de Malgaigne a divisão brusca e violenta de um osso.

Outros cirurgiões a definem—*a solução de continuidade de um osso.*

A solidez e consistencia do tibia fasem crêr que este osso não possa ser fracturado sem que o peronêo, osso mais fragil e delgado, o seja ao mesmo tempo; entretanto os factos demonstram o contrario.

Facilmente concebe-se que assim deve succeder attendendo-se que o tibia supporta, quasi só, todo pêso do corpo, que elle, segundo a expressão de Boyer, recebe do femur e transmitte ao Astragalo, e que collocado na parte anterior da perna, coberto somente pela pelle, está muito mais exposto que o peronêo á acção das causas immediatas capazes de fractural-o.

O tibia pode fracturar-se ou em sua diaphise ou em suas extremidades.

II.

As fracturas da diaphise podem ser obliquas ou transversas segundo a

causa, que as produz, e são acompanhadas de fracas deslocações; o que de alguma sorte concorre para obscurecer o diagnostico.

A deslocação se faz segundo a espessura ou direcção. A deslocação segundo a espessura é pouco consideravel e quase sempre ha saliencia para diante do fragmento superior. Na deslocação segundo a direcção ha uma curvadura para traz produzida pelos musculos posteriores da perna, que são arrastados n'este sentido.

A verdadeira causa da deslocação, a que mantem o desvio dos fragmentos e por uma acção lenta e continua tende a augmental-a, é na opinião de Richet a contracção muscular.

Esta asserção é todos os annos repetida na cadeira de Pathologia externa d'esta Faculdade pelo Exm. Sr. Conselheiro Aranha Dantas.

O só peso do membro, diz tambem este illustrado Professor, pode causar deslocações segundo a direcção e circumferencia. Os movimentos imprimidos ao membro, continúa elle, no levantar o doente e leval-o para a cama; esta, quando é muito deprimida debaixo da fractura, e a má situação do membro tambem mudam algumas vezes a relação dos fragmentos e occasionam sua deslocação.

III.

As fracturas da extremidade superior do tibia são mais graves do que as da diaphise, ja por causa da obliquidade, que soe ser mais frequente n'ellas, ja e principalmente por causa da visinhança da articulação femoro-tibial, na qual ellas as mais das vezes penetram. Estas fracturas, em geral obliquas, podem comprometter somente uma parte da espessura do osso, e cair na superficie articular, ou podem destacar toda a extremidade do osso.

No primeiro caso haverá pequena deslocação, e esta segundo a espessura; no segundo se a articulação perono-tibial superior ficar no fragmento superior haverá deslocação segundo a espessura e segundo a direcção. Se porém a fractura começa do lado externo acima d'essa articulação poderá haver um maior ou menor cavalgamento dos fragmentos.

Quando o fragmento superior é levado para diante pelos musculos rotulianos, a menor flexão tendo á augmentar a deslocação, que diminúe ou desapparece pela extensão da perna.

Foi a este meio que Syme recorreo em um caso de fractura da parte superior communicando com a articulação.

Nos casos em que a extensão não basta para nos mostrar a deslocação, aconselha Malgaigne que se colloque o membro em uma ligeira flexão sobre o *duplo plano inclinado* e que se reprima a saliencia do fragmento.

Cooper aconselha tambem o emprego do duplo plano inclinado quando a fractura, inda que obliqua, não penetra na articulação.

N'estas fracturas pode muitas vezes succeder que não haja deslocação dos fragmentos, ou seja essa deslocação muito pequena, sendo isto devido ao facto de corresponderem-se por largas superficies os dous fragmentos.

IV.

As fracturas da extremidade inferior, ou fracturas do malleolo interno podem ser transversaes ou obliquas, ora para dentro e ora para fóra.

A fractura obliqua para dentro se reconhece pela inclinação do pé para fóra, por uma ligeira saliencia acima do malleolo interno, e pela crepitação, a qual se percebe facilmente imprimindo-se ao pé movimentos de rotação, flexão ou extensão.

Na fractura obliqua para fóra os symptomas são crepitação, inclinação do pé para dentro e saliencia anormal do malleolo externo.

Estas fracturas reconhecem as mais das vezes por causa, uma *contrapancada,* uma queda sobre os pés, por exemplo.

Facil é reconhecer se estas fracturas, quando não ha inflammação; percebe-se então a mais ligeira deslocação, a menor mobilidade dos fragmentos.

V.

Para conhecer uma fractura o cirurgião tem á sua disposição signaes, que lhe vão esclarecer o diagnostico.

Estes signaes são classificados em *racionaes* e *sensiveis.*

Os racionaes são: *dôr,* augmentada pela pressão e pelos movimentos transmittidos á parte; *entorpecimento,* consequencia da contusão, e que

varia em intensidade e extensão segundo a violencia da causa, que produzio a fractura; *impossibilidade* ou difficuldade dos movimentos. Estes signaes são na opinião de muitos authores equivocos.

Os signaes sensiveis são: um *estalo,* que o doente percebe no lugar da fractura e no momento, em que ella se dá. Este signal é na opinião de alguns authores duvidoso. *Mobilidade* dos fragmentos; *crepitação; contusão; ecchimose*; *encurtamento* do *membro; curvaduras anormaes,* as quaes, segundo observou Hyppocrates, são muitas vezes exageração das curvaduras naturaes; *afastamento* dos fragmentos e *desigualdades,* que resultão de sua deslocação.

No caso de que tratamos, para poder se apreciar estes signaes deve se collocar o doente em supinação em um plano muito igual, collocar a bacia de modo que as duas espinhas iliacas fiquem na mesma altura, e estender parallellamente os dous membros. A comparação das rotulas e dos malleolos mostrará o encurtamento, que houver. Pela vista somente pode se apreciar as curvaduras anormaes. O toque auxiliará a este meio de exploração para mostrar as desigualdades e afastameuto dos fragmentos.

A mobilidade destes é muito pequena, quando (como dá-se no caso vertente) o osso fracturado é sustentado por um osso são, que lhe é parallelo; quando os fragmentos se tocão por largas superficies; e quando ha penetração.

Nos casos, em que a mobilidade é grande, distingue-se facilmente a crepitação.

Basta para isso imprimir com as mãos movimentos em sentido inverso aos dous fragmentos, ou segurando em um dos fragmentos, mover somente o outro.

Lisfranc empregava para descobrir a crepitação o stethoscopo, applicando-o ou no lugar da fractura ou em um ponto mais ou menos distante d'ella.

Ainda ha um auxiliar para o diagnostico da fractura do corpo do tibia, é a direcção da crista do osso, a qual basta percorrer-se com o dêdo para reconhecer-se a menor deslocação.

Nos casos de pouca mobilidade e nenhuma crepitação (como succede na perna, que tem dous ossos) ha um signal que o cirurgião não deve despresar e que muito contribue para confirmar o diagnostico,

Este signal é a dor viva e intensa, que o doente experimenta no ponto fracturado e que é produzida pela irritação das partes molles.

Alguns d'estes signaes por si só nada valem; mas o concurso de todos elles muito facilitará o diagnostico da fractura.

VI.

As causas da fractura do tibia podem ser classificadas em predisponentes e efficientes.

Entre as primeiras há algumas, ás quaes os authores dão o nome de locaes, e outras, que elles consideram geraes. Assim temos a *situação superficial* do osso, e as *funcções,* em virtude das quaes elle supporta pezo, ou faz qualquer esforço. A estas causas ajuntam elles a *paralysia,* que traz comsigo a atrophia de todos os tecidos, um *aneurisma,* que obra estragando o osso.

Entre as geraes collocam elles a *idade* do individuo, o *sexo masculino,* por isso que expõe-se mais ás cauzas determinantes; e *certas diatheses-syphilitica, cancerosa,* etc., que augmentam a friabilidade dos ossos.

Directa ou indirecta é a acção das cauzas efficientes na producção de uma fractura.

As de acção directa são: uma *pancada violenta;* a *queda* de um corpo pesado sobre o osso, ou a do individuo sobre um *corpo duro* e *resistente;* a *passagem* de uma *roda de carro* sobre a parte; um *projectil,* etc.

A fractura indirecta, por *contra-pancada,* dá-se em um ponto mais ou menos distante do que soffreu o choque.

É assim que uma queda sobre os pés produz uma fractura do tibia. O osso comprimido entre duas potencias, uma d'ellas em cada uma de suas extremidades, as quaes tendem a dar-lhe uma nova forma, não podendo dobrar-se quebra-se. É o que succede quando um individuo introduzindo o pé em um buraco fractura o tibia, que se vê entre duas forças (potencias), uma na articulação do joelho, outra na articulação tibio-tarsiana.

Nas fracturas directas a contusão é maior do que nas indirectas, porque a causa, segundo um pathologista, antes de chegar ao osso, passa pelas partes molles e vai produzindo diversas ruturas.

VII.

Simples, compostas, comminutivas e complicadas podem ser as fracturas do tibia.

No primeiro caso o osso é fracturado em um só ponto; no segundo a fractura dá-se em differentes lugares; havendo no terceiro sahida de fragmentos ou esquirolas; e no quarto, emfim, é ella acompanhada de molestias ou accidentes, que multiplicam as indicações e mais cuidados reclamam do cirurgião.

VIII.

O prognostico das fracturas do tibia varia segundo muitas circumstancias. Assim vemos, por exemplo, que as fracturas compostas, as comminutivas e as complicadas de contusões, feridas, lesões arteriaes, etc., são mais graves do que as fracturas simples. As fracturas das extremidades são mais graves do que as da diaphise por causa da rigidez, que produzem nas articulações visinhas, rigidez, que algumas vezes se torna em ankilose.

IX.

Reduzir a fractura, manter a reducção e prevenir ou combater os accidentes são as tres primeiras indicações, que se apresentam ao cirurgião.

Depois de convenientemente deitado o doente em um leito o cirurgião encarregado do seu curativo examinará com cuidado o membro e porá em practica a primeira parte do curativo. Para esta manobra são necessarios tres tempos ou partes, que são: *extensão*, *contra-extensão* e *co-aptação* ou collocação dos fragmentos na sua posição natural.

Não entraremos nas minuciosidades d'estas manobras; diremos somente que no caso em questão a extensão deve ser feita sobre o pé por um ajudante, a contra-extensão sobre a coxa ou sobre o joelho por um outro, e o cirurgião encarregar-se-ha da coa-ptação, quando não queira encarregar-se de alguma das outras partes da manobra.

Collocado o osso em sua posição normal, isto é, feita a reducção da fractura, cumpre mantel-a.

Para satisfazer a esta segunda parte do tratamento de uma fractura são necessarios, segundo aconselham todos os cirurgiões, o repouso, a situação do corpo e do membro fracturado, e os apparelhos, que o cirurgião tem á sua disposição.

É de necessidade nas fracturas do tibia que o doente esteja deitado horisontalmente e em supinação. É tambem de grande necessidade o repouso completo do membro, pois do contrario os fragmentos estarão em uma vacillação continua, e a consolidão d'elles não terá lugar, ou, se tiver, será em outra relação, que não a normal, isto é, formar-se-ha uma articulação *contra a natureza.*

Este repouso é de rigorosa necessidade nas fracturas da extremidade superior, por isso que estas geralmente penetram na articulação do joelho. Mas, diz Malgaigne, n'este caso deve-se temer a rigidez da articulação. Uma ligeira flexão é pois preferivel quando os fragmentos não têm tendencia á deslocação.

Quanto a situação do membro, esta varia segundo as circumstancias, que acompanham a fractura.

Os apparelhos, cujo fim é conservar a reducção, compõem-se de ataduras, talas, cochins ou enchimentos, laços, machinas de extensão etc. etc;

As fracturas do tibia são em geral faceis de conter-se.

O membro póde ser collocado em um travesseiro formando um plano ligeiramente ascendente do joelho ao pé, ou em um plano horisontal feito com travesseiros, que elevam-se acima do leito.

Empregaremos tres talas, uma interna, uma externa, as quaes estender-se-hão desde o joelho até além da planta do pé, e uma anterior, que se estenderá desde a rotula até a parte inferior do tibia.

Depois de applicadas as talas sobre o membro ou melhor sobre a atadura, de que está envolvido o membro, apertam-se por meio de tres ou quatro laços de cadarso ou por meio de correias, que, mais fortes do que o cadarso, não affrouxam com tanta facilidade.

Trata-se depois de encher os espaços, que medeiam entre as talas e o membro, empregando-se para isso enchimentos ou saquinhos cheios de palha ou algodão, os quaes têm além d'isso a vantagem de impedir a pressão dolorosa, que as talas produzem nos pontos salientes; preve-

nindo-se tambem d'este modo que se produsa alguma excoriação ou inflammação.

Os apparelhos empregados nas fracturas do tibia são os mesmos, que se empregam nas fracturas dos dous ossos da perna.

O apparelho amovo-inamovivel foi empregado por Larrey, que collocava a perna na extensão; empregava a atadura de desoito pontas, talas roliças e cercava o membro de compressas embebidas em um liquido composto de albumina, alcool comphorado e sub-acetato de chumbo. Molhava elle n'este liquido todo o apparelho, que no fim de um curto tempo estava secco.

Este apparelho tem o inconveniente de tornar-se pesado, complicado e não permittir ao doente os movimentos geraes, em quanto o membro está immobilisado.

Esta mystura de Larrey foi substituida por Seutin pela colla do amido na consistencia de um caldo grosso. Usava este cirurgião de tiras *imbricadas* formando tres ou quatro camadas superpostas, de talas de papelão, rectas ou curvas, molhadas em agoa tepida e de enchimentos de algodão, linho ou estôpa.

Depois de uma camada de ataduras ou tiras seccas, applicava elle uma segunda sobre a qual estendia uma camada de colla, enchia os espaços com linho ou algodão, depois collocava as talas de papelão e por cima d'estas uma segunda e terceira camadas de tiras amidonadas.

Applicava ainda Seutin umas talas de papelão sêcco e duro, que elle chamava *talas de precaução.*

Velpeau por sua vez substituio o amido pela dextrina e empregou a atadura enrolada. A mistura usada por elle compõe-se de cem partes de dextrina, 60 de alcool camphorado e 40 de agoa quente.

Para empregar-se esta mistura applica-se em primeiro lugar sobre o membro uma atadura sêcca, enrolada, enche-se depois os espaços com compressas e applica-se então debaixo para cima uma atadura dextrinada e termina-se applicando sobre o apparelho um *enduto* de solução de dextrina.

Mesmo nos casos, em que a fractura é acompanhada de ferida, este apparelho é applicavel; por isso que abre-se no ponto correspondente á ferida uma *janella*, por onde se faz o curativo.

Velpeau aconselha que se conserve o apparelho até que a fractura se

consolide, ao passo que Seutin fende do 2.º ao 4.º dia o seu apparelho para examinar o membro.

Tambem é aconselhado nas fracturas do tibia o apparelho *hyponarthecico*, no qual se dispensão as talas lateraes e anteriores, e que compõe-se de uma *taboinha*, ou tala posterior, umas duas pollegadas mais comprida do que o tibia, guarnecida de um colchãosinho.

O membro é sustentado no apparelho por meio de duas gravatas, uma na perna, a qual abraça o membro e a *taboinha*, e outra no pé, estando a parte media applicada sobre o calcanhar, e as pontas sobre o peito do pé, suspende-se a tala por meio de uma corda amarrada no fôrro da casa ou no sobceo da cama do doente:

Disposto assim o membro, pode o doente movêl-o, sem que estes movimentos de totalidade da perna produsam mudança na relação dos fragmentos.

Nas fracturas da extremidade superior Cooper aconselha o emprego de uma atadura enrolada acima da qual colloca-se um pedaço de papelão grosso, que se estende á toda parte posterior do joelho e volta de cada lado até os bordos da rotula. Este papelão tem sido antecedentemente embebido em agoa tepida e é contido por novas voltas da atadura.

Pode se ajuntar á este meio contentivo, já muito efficaz, talas lateraes.

Segundo a opinião d'este cirurgião os condylos do femur obram sobre a fractura á maneira de uma tala superior.

Nas fracturas simples da extremidade inferior o tratamento é muito simples. Não havendo deslocação basta conter a mobilidade do membro.

Uma das difficuldades, com que tem de lutar o cirurgião n'estas fracturas, é a tendencia do fragmento superior á levar-se para fóra. Combate-se esta tendencia collocando-se mais enchimentos entre a tala externa, o lado correspondente do pé e a parte inferior da perna.

Resta-nos preencher a terceira indicação de uma fractura, isto é prevenir os accidentes, e combatêl-os, quando se apresentarem.

Para prevenir ou combater a inflammação, que soe acompanhar as fracturas, usa-se de topicos sedativos, como: agoa fria, oxicrato, agoa com um pouco de clhorurêto de sodio, agoa vegeto-mineral, alcool camphorado misturado com agoa, etc.

Aconselham ainda os authores, que, no caso de ser a fractura acompa-

nhada do grande contusão, empregue-se de preferencia o apparelho de Scultet molhado n'um licôr resolutivo, ou o apparelho hyponarthecico.

Os outros accidentes ou complicações irão sendo combatidos, á proporção que se forem apresentando, pelos meios aconselhados pela sciencia.

SECÇÃO MEDICA.

Prognostico.

PROPOSIÇÕES.

1.ª

Prognostico é o juizo antecipado sobre o resultado de uma molestia.

2.ª

Segundo Hyppocrates a prognose encerra o passado, o presente e o futuro da molestia.

3.ª

Descobrir nos symptomas presentes e passados os signaes do futuro é o dever do medico em presença de uma molestia.

4.ª

Os signaes locaes, physicos e chymicos têm um grande valor para o prognostico.

5.ª

O prognostico de uma molestia varia segundo as circumstancias, que a acompanhão ou complicão.

6.ª

O medico deve revestir-se de presença de espirito, sciencia e até *astucia* para proferir o seu juiso em presença do doente e de seus parentes.

7.ª

A prognose é a parte mais compromettedora da medicina clinica.

8.ª

Seja qual for a natureza e sede de uma molestia o medico deve consultar o estado das forças, da motilidade, sensibilidade, intelligencia e calorificação do doente.

9.ª

A marcha, duração e natureza da molestia têm grande valor na formação do prognostico.

10.ª

Nas molestias locaes, em que a lesão constitue a molestia, o prognostico está em relação com a extensão e intensidade da lesão.

11.ª

O caracter epidemico das molestias dá gravidade extrema ao prognostico.

12.ª

O tratamento pode tambem fornecer dados uteis para o prognostico

SECÇÃO CIRURGICA.

Queimaduras.

PROPOSIÇÕES.

1.ª

Queimadura é uma lesão dos tecidos determinada pela acção muito concentrada do calorico, ou pelo contacto de certos agentes chimicos igualmente capazes de alterar-lhes as propriedades ou destruir-lhes a organisação. (*)

2.ª

Todo corpo, que desprender calorico em um certo gráu: pode produzir queimadura.

3.ª

Irradiação de calorico, acção da chamma e contacto directo são os tres modos de acção dos corpos comburentes.

4.ª

Dor, rubor, tumefacção e reacção febril são os symptomas de uma queimadura.

5.ª

Muitos pathologistas consideram a queimadura como uma inflammação de causa externa.

6.ª

Os corpos comburentes são classificados em solidos, liquidos e gazosos.

(*) Esta definição é do Exm. Sr. Conselheiro Aranha Dantas.

7.ª

As queimaduras produsidas pelos solidos têm pouca extensão e são em geral muito expessas.

8.ª

Os liquidos em geral produzem queimaduras muito extensas, mas pouco expêssas.

9.ª

Dupuytren admitte seis gráos na queimadura segundo os elementos organicos affectados.

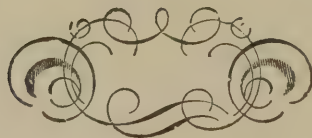
10.ª

A causa da queimadura (sempre externa) muito concorre para distinguil-a das outras inflammações.

11.ª

A extensão da superficie queimada e a região, em que a queimadura tem lugar, são de grande pezo para o prognostico.

12.ª

Algumas vezes a queimadura obra como meio curativo, fasendo as vezes de um vesicatorio.

SECÇÃO ACCESSORIA.

Respiração nos vegetaes.

PROPOSIÇÕES.

1.ª

Todas as partes verdes das plantas expostas á luz solar absorvem acido carbonico e exhalam uma quantidade igual de oxigenio, resultante da decomposição d'aquelle.

2.ª

É á funcção, em virtude da qual se faz esta troca, que se dá o nome de respiração nos vegetaes.

3.ª

A luz é condicção indispensavel á esta funcção dos vegetaes.

4.ª

O carbono das plantas provém do ar atmospherico e do acido carbonico fornecido pelo *terreno* decomposto.

5.ª

O carbono do ar atmospherico penetra nas folhas pelos *stomatos*.

6.ª

As raizes aborvem o proveniente do terreno, o qual penetrou no solo dissolvido na agoa pluvial.

7.ª

A theoria de que o ar penetra nos vegetaes pelas tracheas não é hoje admittida por muitos authores.

8.ª

Além das partes verdes ha nos vegetaes outros orgãos como corolla, orgãos sexuaes. etc. pelos quaes tem lugar a respiração.

9.ª

Os phenomenos da respiração n'estes ultimos orgãos são inteiramente analogos aos da respiração nos orgãos verdes.

10.ª

Segundo as observações de Theodoro Saussure os orgãos sexuaes das plantas são de todos os orgãos os que absorvem maior quantidade de oxigeneo.

11.ª

Os fructos verdes, e particularmente os que são providos de stomatos têm o mesmo modo de respiração, que têm as folhas.

12.ª

Segundo Hales, as folhas são para os vegetaes o que são os pulmões para os animaes.

HYPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Acutorum morborum non omnino certæ sunt prœdictiones, ne que salutis, ne que mortis.

Sect. 2.ª Aph. 19.

II.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum.

Sect. 7.ª Aph. 1.º

III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum denuntiant.

Sect. 2.ª Aph. 3.º

IV.

Ubi somnus delirium sedat, bonum.

Sect. 2.ª Aph. 2.º

V.

Cibi, potus, venus, omnia moderata sint.

Sect. 2.ª Aph. 6.º

VI.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.

Sect. 2.ª Aph. 2.º

BAHIA.—Typographia de J. G. Tourinho—1870.

Remettida á Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina em 27 de Julho de 1870.

Dr. Gaspar.

Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 29 de Julho de 1870.

Dr. Moura.

Dr. Demetrio.

Dr. V. C. Damazio.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 1. de Agosto de 1870.

Dr. Baptista

Director.